

川北町短期人間ドック助成金支給申請書

川北町短期人間ドック実施要綱第8条に基づき助成金の交付を申請いたします。

川北町長

申請日 令和 年 月 日

住 所	川北町字		
フリガナ 氏 名			電話番号 (携帯等)
			性 別 男 ・ 女
生年月日	年	月	日 年 齢 (歳)
保 険 種 別	国保 協会 組合 共済	記号番号	
保 険 者 名	(被保険者証発行機関名)		
検 査 種 別 <small>(丸で囲んで下さい)</small>	日帰り人間ドック	一泊二日人間ドック・脳ドック	
	一泊二日人間ドック	一泊二日人間ドック・PET	
	脳ドック	一泊二日人間ドック・脳ドック・PET	
	PET		
受診した 医療機関名			
受診年月日	令和	年	月 日 ~ 月 日
振 込 先	銀行 信金 農協 信組	支店	
	口座種別・番号	口座名義(カタカナ)	

注意事項

- ※オプションの検査項目については全額実費になります。
- ※助成額は窓口支払額(オプション除く)と町の定める自己負担額の差額になります。

添付書類	チェック
① 人間ドックのコースを確認できるもの(検査結果の写し等)	<input type="checkbox"/>
② 人間ドックの支払い額が確認できる領収証 (事業所からの助成額を確認できるもの(領収証・通帳の写し等))	<input type="checkbox"/>
③ 振込先口座を確認できるもの(キャッシュカード、通帳の写し等)	<input type="checkbox"/>

..... ここから先は記入しないでください

窓口支払額	組合等助成額	自己負担額	町助成額
円	円	円	円